

NUEVA SOLICITUD

RENOVACIÓN

Departamento de Salud e Higiene Mental de Maryland
Programa de Salud Para los Niños de Maryland(MCHP)
 Para Mujeres Embarazadas y Niños menores de 19 Años

For Office Use Only

DATE STAMP

Instrucciones:

- ✓ **Llene el formulario de forma completa y verídica.**
- ✓ **Imprima todas las respuestas claramente.**
- ✓ **Llene todas las casillas. Si no tiene respuesta, escriba “Ninguna”.**

1. Informenos acerca de su nombre y direccion.

Apellido(Padre/Madre o Guardian)	Primer Nombre	Inicial Segundo Nombre	Número de hogar, trabajo o teléfono celular o pager	Lengua Nativa	Estado marital (circule uno): Soltero-a, casado-a, separado-a, divorciado-a, o viudo-a
Dirección(Incluya # de apto.)		Ciudad	Estado	Código Postal	¿Alguna vez ha usado otro nombre? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Otra dirección(Si es distinta a la anterior para enviar correo)		Ciudad	Estado	Código Postal	Si la respuesta es Si, liste los nombres:

2. Liste los miembros de su familia que viven con Ud. Marque la casilla de cada persona a quien está inscribiendo en el Programa MCHP. **NOTA:** Los números de Seguro Social no serán compartidos con el Servicio de Inmigración y Naturalización(INS).

¿Está inscribiendo a esta persona?	Apellido	Primer Nombre	Que Parentesco Tiene Esta Persona con Ud.? Esposo-a, hijo-a, hijastro-a, nieto-a, etc.	Fecha de Nacimiento (MMDDAA)	Sexo	Es usted de origen Hispano o Latino?	Seleccione su Raza Blanco, Asiatico, Africano-Amer, Indio-Amer, Nativo de Alaska, Nativo Hawaino ó isla del Pacifico	Residente de Maryland (Permanente o Indefinidamente)? Si o No	Número de Seguro Social <i>(Requerido para los inscritos, opcional para los otros miembros)</i>	Ciudadano de los Estados Unidos? Si o No Se necesita solo para los aplicantes de MCHP.
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			Ud. Mismo		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está aplicando
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está aplicando
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está aplicando
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está aplicando
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está aplicando

3. ¿Hay alguna de las personas a quien está inscribiendo en el Programa MCHP que está embarazada? Si No

Nombre de la Persona que está embarazada	Su Fecha de parto (requerida para procesar la aplicación)	¿uno?	¿ gemelos ?	¿triples?

4. Infórmenos si en los tres(3) meses con anterioridad al mes de la aplicación, el inscrito (mujer embarazada o niño) tiene alguna cuenta médica por pagar. Ejemplos de estas cuentas serían: visitas al médico, hospitalización, exámenes de laboratorio, medicinas, equipo médico, etc.

4A. ¿ Está interesado en que el Programa MCHP le ayude a pagar estas cuentas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	4B. ¿ Cuándo y quién recibió tratamiento médico?	
	Nombre	Mes/Año

5. Si tiene otros gastos médicos. Díganos si cualquier persona que solicita MCHP tiene otros costo médicos, de los cuales una tercera persona sea responsable. Complete la siguiente información si alguno de los inscritos, tiene gastos médicos como resultado de un accidente, accidente de trabajo o malpráctica, o espera recibir una liquidación por accidente, fondos de inversiones, herencia u otro dinero o propiedad.

Nombre de la persona lesionada _____	Fecha del accidente/lesión _____
Nombre y dirección de otras personas o compañías que pueden ser responsables _____	
Propiedad o dinero que espera recibir _____	Nombre, dirección y teléfono del abogado que lo representa _____

6. Estaría Ud. interesado en un plan de seguro ofrecido por el Programa de Salud para los Niños de Maryland llamado MCHP Premium.

6A. ¿Estaría dispuesto usted (el padre o representante legal del solicitante) a pagar una cuota mensual de \$44.00 o \$55.00 para cubrir todos los niños del hogar con un seguro medico a través del Programa “MCHP Premium”? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

7A. ¿Alguna de las persona que se está inscribiendo en el Programa MCHP tiene seguro médico? Si No

Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa, conteste lo siguiente:	
Nombre de la persona inscrita en esta póliza _____	¿Quiénes están cubiertos en esta póliza? _____
Nombre	Nombre(s)
Nombre de la Compañía de Seguros _____	Número de la póliza _____
# de Grupo _____	Fecha de iniciación _____
	Fecha de expiración _____

7B. En los últimos doce meses mientras aplicaba para MCHP, ¿ha cancelado el seguro médico que ofrecía su patrón para la persona que está inscribiendo,? Si

<input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es afirmativa, díganos cuándo y porqué razón lo canceló: <input type="checkbox"/> 0-3 meses <input type="checkbox"/> 4-6 meses <input type="checkbox"/> 7-9 meses <input type="checkbox"/> 10-12 meses
<input type="checkbox"/> Cambio de Trabajo <input type="checkbox"/> Despedido del trabajo <input type="checkbox"/> Patrón ya no ofrece seguro <input type="checkbox"/> COBRA terminó <input type="checkbox"/> Ya no lo necesitaba <input type="checkbox"/> Dejó el trabajo
<input type="checkbox"/> Costo <input type="checkbox"/> Se mudó fuera del area de servicio del Plan de Salud <input type="checkbox"/> Canceló los beneficios limitados(visión, dental, no hospitalización) <input type="checkbox"/> Otra

8. Información sobre ingresos.

A. Declare cualquier sueldo, propina, comisión, ingreso de empleo o negocio propio. **Envíe verificación de ingresos si usted no dió números de Seguro social en la pregunta 2.** Para aplicantes menores de edad, contamos el sueldo de los padres, si viven juntos. Contamos los ingresos de sus hijos que trabajan, si Ud. nos pide que sean incluidos como miembros del grupo familiar. Para las mujeres embarazadas de cualquier edad, contamos su ingreso y del esposo, si están casados y viven juntos. **No contamos los ingresos de otros adultos que viven con Ud. (abuelos, tíos/as).**

Nombre del trabajador	Nombre del Empleador	Dirección del Empleador	Número de teléfono	Pago antes de deducciones cada periodo de pago	Frecuencia Semanal quincenal Mensual 2 x mensual Trimestral anual	Fecha de comienzo del empleo	Fecha cuando termino el trabajo	Estado del estudiante (estudiante a tiempo completo o parcial)

B. Declare cualquier dinero recibido por divorcio, pensión alimenticia, seguro social, retiro, renta de propiedad y beneficios de huelga, desempleo, veteranos, compensación de trabajo que Ud y su esposo(a) puedan recibir(éstos pueden incluir beneficios recibidos fuera del estado).

Persona beneficiada	Razón (Si es por beneficios, # de reclamación)	Cantidad bruta recibida	Frecuencia

C. Si usted no colocó ningún ingreso en el número 8A o 8B ?Como obtiene alimentacion y vivienda? _____

9A. Díganos si usted paga gastos de cuidado de niños cuando usted trabaja. Este pago aminora la cantidad de ingresos que contamos y pudiera ayudarle a usted a ser elegible.

Nombre de la niñera o guardería infantil	Teléfono	Nombre del niño	Costo	¿Quién paga por el niño?
			\$ Por	
			\$ Por	

¿Tiene subsidio de gastos de guardería(Purchase of Care) que ofrece el Departamento de Servicios Sociales? Si No

9B. Díganos si usted paga manutención de niños o pensión alimenticia. Este pago aminora la cantidad de ingresos que contamos y pudiera ayudarle a usted a ser elegible.

Nombre de la persona en su hogar que paga manutención de niños o pensión alimenticia	Nombre de la persona afuera de su hogar quién está recibiendo estos pagos	Cantidad pagada	Frecuencia

10. Otra Información

Al Programa de Salud Para Niños de Maryland le gustaría saber como se enteró de este programa:

- Un amigo Familia Escuela Organización Comunitaria
 Doctor/Proveedor de Salud Anuncio Público Otro

Las personas mayores de 18 años que viven en su casa ¿Están inscritas para votar?

Si No Cuántos: _____

Y si no están inscritas, ¿Les gustaría recibir una solicitud de inscripción? Si No

--VAYA A LA PÁGINA SIGUIENTE PARA FIRMAR LA APLICACIÓN--

Estos son sus derechos y responsabilidades con el Programa de Salud de los Niños de Maryland

Por favor lea cuidadosamente esta información antes de firmar.

Beneficios Médicos Yo entiendo que tengo derecho a solicitar, y si califico, a obtener beneficios del Programa de Salud de los Niños de Maryland, de acuerdo a las normas establecidas bajo la ley de Maryland. Si yo solicito servicios come mujer embarazada, yo entiendo que el seguro no cubre servicios de aborto.

Privacidad Yo entiendo que la información que he suministrado es confidencial. En caso de que sea necesario, yo acepto que la información acerca de mi salud o de la de mis niños sea suministrada al programa.

Número del Seguro Social (SSN) Yo entiendo que es necesario suministrar el número del seguro social de cada solicitante, pero el suministrar el número del seguro social de los demás miembros de la familia es voluntario, yo no seré penalizado si estos no son suministrados. El número del seguro social no será suministrado a los Servicios de Inmigración y Naturalización, solamente será usado como ayuda para verificar la información en cuanto a ingreso y cobertura médica, y así asistir a mantener archivos actualizados. Yo entiendo que si no tengo un número de seguro social, y quiero aplicar por uno, siempre y cuando califique mi manejador de casos me asistirá.

Información personal v financiera Yo me comprometo a suministrar mi información personal y financiera en esta solicitud para que la agencia pueda determinar mi elegibilidad en el programa. Yo doy permiso a los empleados del Programa de Salud de los Niños de Maryland para verificar toda la información necesaria para determinar mi elegibilidad en el programa. Entiendo que podrán necesitar información adicional.

Pagos a Terceros v Cooperación para la Supervisión de Control de Calidad Yo entiendo que por ley debo dar al Estado de Maryland todos los derechos para ayudarme con los servicios médicos y pagos a terceros (hospitales y beneficios médicos) y que cooperaré con el proceso de revisión de control de calidad de la asistencia médica del Estado que incluye la verificación de toda la información usada para la determinación de mi elegibilidad en el programa.

Información de cambios Yo tengo la obligación de suministrar cualquier cambio que pueda afectar mi participación en el programa dentro de diez días después de presentarse el cambio. Por ejemplo: debo informar cambios en el número de personas en el grupo familiar, dirección, ingresos, empleo y embarazo. Estos cambios pueden ser suministrados personalmente, por teléfono o por correo a la oficina local del Programa de Salud de los Niños de Maryland.

Derechos Yo sé que esta solicitud será considerada sin tomar en cuenta raza, color, sexo, edad, incapacidad física o mental, religión, nacionalidad o inclinación política. Yo sé que puedo solicitar una audiencia si yo considero que el Estado de Maryland a cometido un error en el proceso de mi solicitud o si yo creo que he sido discriminado. Yo tengo derecho a solicitar una revisión a cualquier decisión tomada por la oficina local del Programa de Salud de los Niños de Maryland. Si yo necesito una audiencia, la persona que procesó mi solicitud podrá ayudarme a pedirla por escrito. En la audiencia yo puedo hablar en mi nombre o elegir otra persona para que me represente. Yo tengo derecho a recibir por escrito cualquier decisión tomada en referencia a la aprobación de mi solicitud.

Por favor firme esta declaración

Yo hago constar que la información que he suministrado es cierta y doy permiso para que el Estado de Maryland haga cualquier contacto necesario para verificar mis declaraciones. Yo he leído la lista de mis derechos y responsabilidades y sé que puedo ser castigado si conscientemente he dado alguna información falsa. Hago constar que la mujer embarazada y los niños por los cuales estoy solicitando son ciudadanos Americanos o inmigrantes legales o estoy solicitando únicamente servicios de emergencia.

Esta aplicación debe ser firmada por una mujer embarazada, o después de su parto, de cualquier edad. Un padre o madre, o padrastro o madrastra viviendo con el niño-a aplicante, o un representante autorizado de 21 años o mayor para un niño años que no viva con sus padres.

Firma _____

Fecha _____

Por favor escriba su nombre en imprenta